



Artigo Original

Postura de acadêmico de odontologia a respeito da atuação em equipe multiprofissional e o princípio da Integralidade

Posture of academic dentistry about the performance teamwork and the principle of integrity

Sérgio Luis Mattos Tezza¹

Ricardo Mitozo Alho²

Lucas Melo Pioner³

Kellyson Jackson Caldas Pinto⁴

Rodrigo Otávio Moretti-Pires⁵

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Luterana do Brasil

²Acadêmico de Biotecnologia, Universidade Federal do Amazonas

³Mestrando em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina

⁴Assistente Social, Prefeitura Municipal de Coari (AM)

⁵Professor Adjunto, Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO - Em 2001, a odontologia foi inserida em um dos principais programas de saúde, criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o programa Estratégia de Saúde da família. A expectativa era de que se pudesse alcançar uma oferta de atenção de forma a proteger e promover a saúde da população de forma integral. A educação em saúde aparece como uma estratégia de se alcançar o oferta de saúde, de forma a atender todas as necessidades do usuário do sistema de saúde, tentando enfatizar o setor público na formação acadêmica. O trabalho multiprofissional também surge como uma forma de envolver os profissionais para que não haja disputas entre estes na execução de suas profissões. A atenção de forma integral oferecida ao usuário, criar uma expectativa de que possa se criar vínculos de compromisso entre profissional e usuário, para que dessa forma se consiga consolidar a implantação do Sistema Único de Saúde, e se alcance um atendimento que vise o usuário não apenas no seu aspecto físico-biológico, mas também o seu psíquico.

Palavras-chave: Odontologia, Educação Superior, Saúde Pública, Integralidade

ABSTRACT - In 2001, dentistry was inserted into one of the major health programs established by the Unified Health System (SUS), the program of family health strategy. The expectation was that it could reach a supply of care to protect and promote the health of the population in full. Health education appears as a strategy to achieve the provision of health, to meet all user needs in the health system, trying to emphasize the public sector in academic. The multidisciplinary work also emerges as a way to involve the professionals so there are no disputes between them in the execution of their professions. The attention given in full to the user, creating an expectation that it can create bonds of commitment between professionals and users, so that way it can consolidate the implementation of the Unified Health System, and reach a service aimed at the user does not only in its physical and biological processes, but also your psyche.

Key words: Dentistry, High Education, Public Health, Comprehensiveness

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para a melhoria das condições de vida da população brasileira possibilitando uma história de atender as necessidades da sociedade. Existe uma discussão constante voltada para as políticas de reestruturação dos serviços de saúde baseada nos princípios do SUS, tendo uns de seus principais focos a transformação de um dos principais programas, baseando-se em seus princípios cruciais que é a integralidade¹.

Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um programa do SUS que passa atualmente por várias mudanças visando um melhor atendimento a população e atendendo as suas necessidades,

mesmo assim ainda se verificam práticas individualista e desarticulada quanto às necessidades da sociedade em um dos pontos mais estratégico de se trabalhar na saúde coletiva².

No contexto de que a atenção primária à saúde é o principal veículo de oferecimento de

Autor correspondente

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário – Trindade-

CEP: 88040-970 - Florianópolis-SC Fone: (048) 3331-9542

Email: rodrigomoretti@ccs.ufsc.br

Artigo encaminhado 03/01/2011

Aceito para publicação em 30/04/2011

serviços de saúde, de que o ambiente de trabalho deve ser ideal para dar continuidade ao monitoramento e prevenção de doenças e que os profissionais ocupam posições primordiais; a equipe de saúde bucal foi inserida em 2001 no Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Portanto a equipe apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população dentro de uma atenção primária visando principalmente sua prevenção. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe uma saúde que a incorpore progressivamente ações de promoção e prevenção em saúde, obedecendo dessa forma os princípios do SUS³. No entanto, a regularidade e frequência do procedimento preventivo, as ações voltadas aos diferentes problemas bucais e faixas etárias específicas ainda são informações escassas por conseqüências de problemas na reestruturação e processos de inovações que o SUS enfrenta atualmente em meio a uma política individualista⁴.

A integralidade tem um modo muito prático quando é constituído principalmente pelos atos de respeito aos pacientes mantendo uma relação humanística conservando sempre um profissionalismo de uma equipe multiprofissional com pacientes^{5,6}. Ao optarem por um trabalho multidisciplinar, os envolvidos na oferta dos serviços de saúde estão indo ao encontro do princípio da integralidade na atenção à saúde. Atuando de forma integral o profissional se relacionando com o paciente como sujeito integrante de uma sociedade, a qual esse individuo possui influencia, gerando vínculos de compromisso, além da promoção e prevenção da saúde⁷.

Esse multiprofissionalismo que o doente se depara na execução do acolhimento e cuidado dará uma importância única das relações entre trabalhadores, serviço e usuários, dando característica a prática da escuta e recíproca responsabilização. Essa responsabilização cria de certa forma um elo de cidadania e democracia no qual o paciente é visto e tem a capacidade de se enxergar como um verdadeiro cidadão colocando em prática o empoderamento mediatizada na pragmaticidade da observação aos direitos e as necessidades dos doentes pela equipe multiprofissional de saúde⁸. O trabalho em equipe multiprofissional é um processo que pode desenvolver o atendimento de forma a sanar as necessidades de saúde de uma sociedade, pois as melhores experiências já obtidas a respeito do

trabalho em saúde foram de trabalhos exercidos em grupo⁹.

As propostas de intervenção em saúde devem se propor a observar e apreender a realidade do espaço social para a compreensão do indivíduo como cidadão integrante dessa sociedade, para que posteriormente possa intervir nas necessidades e problemas desse individuo de forma coletiva, para que se consiga a transformação do modelo de assistência nesse cidadão¹⁰. Pois a saúde bucal pode ser mais precisa e concisa uma vez que seja realizada de forma coletiva, a suprir as necessidades da sociedade, que é realizada de forma individual.

É uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a integração da saúde bucal à saúde geral. A integração desses segmentos da saúde proporcionara um relacionamento intensivo entre as políticas públicas e os programas de saúde. Esse relacionamento é gerado por meio do consumo de produtos prejudiciais à saúde da população, como álcool e tabaco¹¹.

O Brasil possui um caráter curativista no que diz respeito à saúde bucal, uma vez que o setor privado predomina em relação ao setor público na perspectiva profissional. Dessa forma prevalece também o predomínio do caráter curativo e individualista, propiciando pouco espaço para a prevenção¹². A prevenção ocorre nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACS) junto com a participação do odontólogo. Ocorre uma aproximação entre o profissional e o paciente, gerando como fruto dessa aproximação vínculos de compromisso e responsabilidade entre ambos, e assim seguindo os parâmetros de atendimento preconizado pelo SUS, um atendimento de forma integral, atendendo todas as necessidades do usuário, tanto física quanto psíquica ou emocional.

2. OBJETIVOS

Tendo em vista os aspectos que envolvem a formação acadêmica para a atuação em saúde, voltados para a atenção primária e forma integral, o presente trabalho objetiva levantar a percepção dos acadêmicos de odontologia sobre a atenção primária e sua preparação para o trabalho pautado no princípio da integralidade e a atuação em equipe multiprofissional. Nesse sentido será descrito os anseios e angustias dos acadêmicos de odontologia sobre suas atuações em equipes multiprofissionais, e será relatada as percepções sobre o princípio da integralidade.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Dadas às características da temática, utilizou-se da abordagem qualitativa para o presente estudo, na intenção de construir a perspectiva da realidade pelo próprio sujeito que a vivencia, incorporando seu próprio significado a esta^{13,14}. Neste ínterim, buscou-se uma compreensão que fuja as simplificações, no entanto sem a intenção de extrapolação¹⁵.

Em termos de técnicas para coleta das informações, foram utilizados grupos focais¹⁶ e entrevistas individuais¹⁴, de forma que a segunda técnica possibilitasse o aprofundamento e a clarificação de aspectos que emergiram da primeira.

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa, justificando-se que esta permite levantar a percepção e compreensão dos problemas a partir dos próprios sujeitos que os vivenciam¹³, permitindo a obtenção de informações sobre aspectos específicos de um fenômeno, no que se refere a sua origem e sua razão de ser¹⁷. Seu maior ganho é exatamente a capacidade de incorporar significado e intenção aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas¹⁸. Trata-se de uma metodologia que abarca aspectos da realidade que escapam a simples quantificação e extrapolações, características da ciência positivista¹⁵. As pesquisas qualitativas indicam a procura essencial pela natureza dos fatos¹⁹.

Os sujeitos da pesquisa foram 40 acadêmicos de Odontologia, de ambos os sexos de uma Instituição de Ensino Superior do Estado do Amazonas, todos do último ano do curso investigado, de um total de 42 universitários, divididos em 4 grupos focais. Após aula regular do curso, o pesquisador explicou o projeto aos acadêmicos do último período, convidando-os a tomar parte do estudo.

Em termos instrumentais, utilizou-se da técnica do grupo focal com roteiro semi-estruturado¹⁸, com questões que versavam sobre a importância e qualificação dos ACS para atuação em Saúde Bucal no PSF, o que estes profissionais deveriam saber e quais as suas funções dos ACS para com a população adscrita.

Foram critérios de inclusão dos sujeitos: ser discente da Universidade Federal do Amazonas; cursar Odontologia; estar cursando o último período no ano de 2008; cursar todo o curso na mesma turma que os outros sujeitos; não ter cursado outro curso de graduação anteriormente. A inadequação a

qualquer dos critérios foi considerado como único critério de exclusão.

Todas as discussões foram registradas através de gravação com fita magnética. Todas as gravações foram transcritas na íntegra, material sob o qual se realizou leitura exaustiva para apropriação do conteúdo, seguindo o modelo para tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura¹⁸. A análise pautou-se na hermenêutica dialética²⁰, perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias, registrando a interpretação/dialética e legitimação de falas nos resultados, assim como preconizado no talhe metodológico empregado.

A análise pautou-se no conteúdo da Política Nacional de Atenção Básica²¹ que normatiza o funcionamento do PSF e atribuições profissionais, nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal²²; utilizando-se uma perspectiva hermenêutico-dialética.

A legitimação dos achados no presente artigo referem-se aos grupos focais e as entrevistas individuais. Para facilitar a compreensão do leitor sobre a origem das falas, para aquelas oriundas dos primeiros será utilizado o código GFODO, enquanto que para as entrevistas será utilizada a identificação "Acadêmico de Odontologia..." acrescido pelo número correspondente ao depoente.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) sob o protocolo 230/2006, obedecendo todos os procedimentos preconizados na legislação brasileira sobre pesquisa com seres humanos.

4. RESULTADOS

A questão da autonomia foi levantada como uma característica importante para a odontologia por parte dos entrevistados, pairando a dicotomia com relação ao trabalho integrado entre as diversas áreas, necessário para a ação multiprofissional essencial para o atendimento integral do usuário.

Eu decidi pela odontologia porque queria uma profissão que tivesse autonomia. Por um tempo eu sei que a gente vai ter que trabalhar sendo empregado de alguém, mas a longo prazo não. Quero poder mandar em mim mesma, poder ser minha chefe, poder decidir os horários. Pensei em odontologia, medicina e direito. Como me

acho delicada, até certo ponto perfeccionista só me enquadrei na área de odontologia.(GFODO)

No que se refere ao trabalho em equipe, o discurso pautou-se no coleguismo entre as profissões, mas com um caráter desintegrado, em que cada categoria profissional atua independentemente, silenciando-se sobre formas de atuação em equipe conforme o preconizado para este modelo de atenção.

Principalmente no Programa de Saúde da Família a relação entre dentista e médico é uma relação bem legal porque é uma coisa que não interfere muito na área de atuação de cada um. (GFODO)

A prática de um trabalho pautado na prevenção do paciente é abordada como simplifica na realidade desse atendimento, como se prevenção estivesse relacionada à consulta odontológica em clínica nos moldes tradicionais, sem ênfase nos determinantes sociais e econômicos implicados no ato de prevenir a doença. A figura do odontólogo foi concebida no fundamento da saúde bucal, como se o profissional tivesse sobre seu domínio exclusivo o estar saudável ou o adoecer.

Se o paciente não vai ao dentista, não vai saber se ele tem alguma coisa. Se não for ao dentista nunca vai ficar sabendo. As pessoas têm que encarar o tratamento odontológico como um tratamento médico, que se preocupa periodicamente em ir para saber se está tudo bem. Ele tem que se conscientizar que essa preocupação também deve existir em relação ao dentista. (GFODO)

A falta de proximidade para com o usuário foi outra dimensão encontrada nos discursos dos futuros profissionais, uma vez que estes decidem por oferecer ao usuário dos serviços de saúde um atendimento ao qual não cria um vínculo de confiança entre o profissional e o paciente, de forma que a atuação do odontólogo foi vista como um serviço que está a venda e que o usuário deve comprá-lo para usufruir. A odontologia é apresentada pelos acadêmicos como simples prestação de serviços, onde o indivíduo que tem recursos paga para ter um atendimento de qualidade e o indivíduo que não possui recursos financeiros não tem acesso ao atendimento de qualidade prestado em consultório particular, denunciando o foco da formação para o serviço privado, caracterizando o descaso com o serviço público.

O dentista não tem que conversar. Não tem que levar o tratamento para a intimidade. O paciente é uma pessoa que a gente vai lidar, dar uma atenção voltada a saúde bucal, para saúde sistêmica e que a gente vai ter um retorno financeiro. O paciente é alguém que eu vou vender o meu serviço. (GFODO)

O paciente tem direito na consulta que ele está pagando. Tem dinheiro, então tem direito à consulta. Querendo ou não a odontologia é um comércio. A pessoa está pagando pelo serviço. O dentista está atendendo para fazer o trabalho que esta sendo pago pelo paciente. E pronto. É isso. (Acadêmica de Odontologia 03)

No consultório particular o dentista já tem aquela postura de fazer um serviço de ótima qualidade porque no final vai receber por isso. No serviço público o dentista não se preocupa com o geral, quer resolver a dor e às vezes nem procura saber o que o paciente tem, só quer remover a causa da dor e atender de uma forma técnica e prática para passar para o seguinte, já que eles não podem pagar. (Acadêmica de Odontologia 02)

O modelo biomédico ainda prevalece no discurso dos futuros profissionais, uma vez que os atores envolvidos na oferta do serviço de saúde colocam a odontologia como uma forma apenas de restabelecer a saúde do indivíduo ao qual está com um problema de saúde. Prevalecendo, assim, à perspectiva do atendimento de forma curativa e encarando o paciente como uma máquina defeituosa para o qual o conhecimento que o odontólogo detém deve ser empregado para correção deste defeito de cunho biológico estrito, desconsiderando as demais dimensões do paciente.

A odontologia como profissão significa você poder restabelecer a estética e também, muitas vezes, a função do paciente. (GFODO)

Dor para o dentista é considerada como urgência. Quando o paciente chega com dor, por mais que tenha outro procedimento mais importante, a gente procura primeiro saná-la. A dor é o que mais perturba o paciente tanto de forma física como emocional. (GFODO)

Com relação à formação para a integralidade, os futuros profissionais de odontologia aludem de forma vaga e distante da realidade, exposto o despreparo para atuar em coerência com o princípio da integralidade no serviço de saúde pública, inclusive tomando como locus padrão de atuação as clínicas particulares, onde se é oferecido uma atenção diferenciada da

oferecida no serviço público. Também aludem apenas aos aspectos técnicos da intervenção, desconsiderando a dimensão social implicada no processo saúde-doença, tanto quanto sua possibilidade de agir como agente de mudanças no contato com os usuários do sistema.

Como nosso trabalho é prático, a gente tem atendimento curativo que a gente chama de 'fazer restauração, fazer exodontia'. Também tem o papel preventivo, de sair nas comunidades, de dar palestras. Mas a gente vê mais coisas pra atuar no consultório particular, que tem melhores condições de reverter à saúde da população. (Acadêmica de Odontologia 01)

Tecnicamente a faculdade ensina. Agora, o aprimoramento vem com o tempo e com a prática da clínica. A gente aprende com a orientação dos professores. A gente não faz nada sozinho, tem um preparo. O conhecimento técnico-científico a gente tem. (Acadêmica de Odontologia 04)

A faculdade dá uma estrutura para o aluno, o restante é prática, mas tecnicamente a gente tem orientação suficiente para isso. A gente prioriza restaurar aquele dente que afeta o convívio social do paciente. É nisso que a gente tem influência na pessoa. (Acadêmica de Odontologia 01).

Mencionam a falta de preparo para atuação do SUS simplesmente pela abordagem técnica da profissão, desconsiderando que as possibilidades e as demandas do sistema para com o odontólogo vão além de saber utilizar o material de consumo que o SUS dispõe.

Não me acho preparada para atender no serviço público porque o que a gente tem de material que a faculdade proporciona para gente não vou encontrar em posto de saúde. Não faço uma restauração de resina aqui sem o isolamento absoluto, que deixa o dente sem saliva e sem contaminação nenhuma. Como é que eu vou fazer depois de formada lá no serviço público. (Acadêmica de Odontologia 03)

5. DISCUSSÃO

A odontologia é vista pelos graduandos como forma de exercer uma função autônoma, talhe coerente com a prática liberal e em consultório particular, buscando na profissão uma consagração social e trabalhista destes preceitos²³. Essa busca por autonomia é conflituosa com o perfil exigido para o trabalho em equipe multiprofissional, tendo em vista que o trabalho em equipe foi aludido como coleguismo e não pela perspectiva do trabalho

integrado em prol do usuário, e tomando-o como orientador do processo²³.

Nas entrevistas foi abordado o relacionamento em equipe no contexto de interação. O relacionamento da equipe profissional é extremamente importante no cuidado geral do paciente, as diferentes funções que cada um na equipe profissional atua não lhe diferenciam no cuidado da saúde geral do paciente. O multiprofissionalismo vai existir sempre na área da saúde²⁴. No estudo ainda foi analisado que, na maioria das vezes, cada categoria profissional atua independentemente, ao contrario do que esta preconizado para o modelo de atenção primaria à saúde.

A integralidade deveria ser entendida como um processo de humanização dos serviços, na qual é feito uma abordagem complexa do usuário, respeitando à subjetividade do ser humano que procura o serviço de saúde como paciente. Torna-se indispensável que a atenção à saúde se pautem na construção de um espaço que legitime o ser humano, empoderando-o e, com isso, distanciando o atendimento das formas passivas e prescritoras na qual o profissional dita soluções aos pacientes que as recebem e devem segui-las, usurpando o direito à consciência e conhecimento em saúde, que deveriam orientar a ação do profissional no encontro com o paciente²⁵.

Carvalho & Ceccim²⁶ afirmam que o rompimento com esta lógica para superação do modelo clinico/biomédico permeia a questão da imagem que os profissionais apresentam do usuário do serviço de saúde, como alguém que busca solução apenas para o problema clínico que se apresenta como queixa principal. Trata-se de uma imagem fragmentadora, pautada apenas na reabilitação deste indivíduo, quando o usuário que se apresenta traz consigo o ser humano imerso na rede social que está inserido, de forma que a lógica do cuidado é mais coerente com o enfoque necessário, dicotômica com a lógica da cura que se pauta na doença.

A falta de proximidade para com o usuário é um grande problema percebido nessa pesquisa, os profissionais de odontologia não criam um vínculo de confiança com o paciente nos seus atendimentos clínicos, sua atuação é vista como um serviço que está à venda e que o usuário deve comprá-lo para usufruir. O trabalho odontológico deveria ser oferecido de forma que prevenisse e promovesse a saúde da população, em consonância com a Política Pública de Saúde que deveria norteá-lo do SUS. A

prevenção também deveria ocorrer nas visitas domiciliares juntos com os ACS, porém, de acordo com o resultado obtido pode-se observar que esse trabalho não é oferecido de forma a garantir esses ideais.

O modelo biomédico que tenta ser superado de acordo com as políticas de saúde deste país, parece ainda ter uma influência no processo de formação dos indivíduos envolvidos no estudo. De acordo com Carvalho²⁷, a profissão odontológica não evoluiu por ainda se caracterizar como trabalho de natureza curativista, distante do objetivo de se oferecer saúde de forma a promover saúde de forma integral e não apenas curar as dores esporádicas da população.

O processo de formação dos profissionais de saúde é um processo árduo, e a formação do profissional de odontologia não poderia ser diferente, uma vez que este está incorporado nos programas de saúde do sistema que rege em nosso país. Uma vez responsável por lidar com o ser humano no que se refere à questão saúde, as expectativas são as mais altas possíveis, expectativa esta que de acordo com as normas do sistema de saúde devem ser restituídas de uma atenção voltada a promover o bem estar físico, psíquico e mental dos sujeitos dessa sociedade. Mas pode-se observar que ainda ocorrem falhas nesse processo de formação, uma vez que o despreparo dos futuros profissionais é notável na percepção dos indivíduos da pesquisa.

Para Kermam e Fuerwerker²⁸, durante a graduação os estudantes mantêm contato com alguns aspectos teóricos de Saúde Coletiva, sendo escassos no entanto a vivência prática dos mesmos, o que torna deficiente sua formação para atuar no SUS após a graduação. Essa perspectiva se tornou visível na análise do material empírico do presente estudo. De acordo com Campos²⁹, trabalhar de forma coletiva implica em lidar com problemas de saúde das coletividades, mesmo que a atenção se dê por uma abordagem individual, uma percepção refinada e que muitas vezes não é desenvolvida nos educandos durante o processo formativo, originando atuação dicotômica por falta de preparo e articulação destes saberes.

Esta contradição entre o preconizado e o talhe formativo empregado, prepara os futuros profissionais para uma realidade diferente da qual atuarão no SUS, não sendo enfatizada a formação de acordo com/para o SUS pelas instituições de ensino superior. Campos e colaboradores³⁰ alertam para a influência dos docentes, os quais não atuam no setor público, havendo supervalorização da profissão

voltada ao setor privado, o que foi perceptível no exposto pelos futuros odontólogos.

Pensando que em termos constitucionais o SUS é o fundamento da formação dos profissionais de saúde no território brasileiro, adquirir conhecimentos para desenvolver ações na realidade dos serviços públicos, tanto em termos de prevenção/promoção como na cura/reabilitação dos usuários, e por decorrência impactando na sociedade, deveria ser o universo acadêmico em que os futuros odontólogos estiveram imersos durante sua graduação, reconhecendo as normas e diretrizes do sistema, por sua vivência na Universidade, não apenas em termos conceituais³¹.

Não há dúvidas quanto à importância de uma prática odontológica que contemple a saúde bucal coletiva, universalizando o acesso e garantindo a integralidade no atendimento das necessidades da população³².

Semelhantes programas preventivos são pouco comuns nos países em desenvolvimento, justamente onde são maiores os problemas de saúde bucais e menores as ofertas de serviços curativos. No Brasil, sabe-se que a odontologia curativa – por seu caráter privado, individualista e de altos custos – tornou-se inacessível a cerca de 90% da população brasileira³³. Por sua vez, a mercantilização da prevenção também torna a assistência preventiva privilégio para poucos.

A inclusão de segmentos sociais vulneráveis nos serviços de saúde pressupõe minimamente, por um lado, definições mais precisas sobre o posicionamento desses sujeitos no conjunto das relações sociais, sejam elas relações primárias, cuja estrutura via de regra está assentada na unidade familiar, por outro lado, torna-se urgente a incorporação dos processos sociais, principalmente quando se trata de saúde³⁴.

Segundo Castel³⁵, os segmentos cujas condições de vida estão muito aquém do mínimo necessário à manutenção de suas condições de saúde, como sói acontecer com a população em situação de rua, encontram-se em situações de vida tais que as respostas dadas pelas políticas, e consubstanciadas pelos serviços por meio de ações diretas, muitas vezes, não alcançam os efeitos planejados³⁵. Assim, o eixo relacional estabelecido entre os serviços públicos de saúde e os segmentos vulneráveis assume um caráter de fragilidade, em decorrência da ausência de uma percepção mais clara e precisa dos reais problemas e das respostas mais efetivas que possam aliviar o sofrimento e fazer a manutenção de uma atenção à saúde integral,

como preconizado pela Constituição Federal de 1988.

Segundo Castel³⁷, as políticas de integração devem contemplar a compreensão das situações que geram diferenças e desigualdades acentuadas nas sociedades complexas. Nesse sentido, os processos que conduzem à vulnerabilidade da percepção e o seu preparo para então trabalhar, podem apresentar-se nas seguintes instâncias processuais, a primeira, seria a relação, que mantém os sujeitos vinculados por meio de inserções relacionais consolidadas e estáveis, incluindo a situação de trabalho e multiprofissionalismo estável; a segunda, seria de vulnerabilidade, cuja característica principal, por um lado, é a instabilidade no trabalho que assume as características de ser temporário e instável dependendo de uma política repleta de mudanças que influenciaria no atendimento e, por outro, a fragilidade ou a ausência de recursos sociais que permitam oferecer suporte e cuidados às pessoas mantendo um trabalho qualificado.

Portanto, está em pauta é a necessidade de que a integralidade em saúde seja incorporada pelos atores sociais envolvidos no controle social do SUS, pois, assim, ela estaria mais orientada para a produção de sujeitos autônomos, comprometidos com essas práticas, garantindo sua consolidação no interior das práticas de saúde.

A integralidade no cuidado e a real participação desses sujeitos na produção da saúde são aspectos que devem ser adotados como preocupação no momento atual da organização do atendimento a saúde, necessitando de investigações teóricas e metodológicas para o reconhecimento dessas questões, como também, para a promoção dessa reflexão no conjunto dos profissionais do serviço.

O presente trabalho busca entender a percepção dos acadêmicos de odontologia, para o trabalho em atenção primária e sua preparação para a atuação profissional de acordo com o princípio da integralidade, do mesmo jeito a atuação destes em equipe multiprofissional. Observa-se o despreparo para a atuação em trabalho de prevenção e promoção da saúde, demonstrando uma desarticulação na prática do trabalho multiprofissional, dessa forma contrariando o princípio da integralidade, onde isso ficou perceptivo em função da aplicação de métodos qualitativos. Assim abre espaço para aprofundamento de novos estudos a respeito das questões aplicadas no estudo. Observou-se, a necessidade de aperfeiçoamento do

ensino, voltado para a atuação de acordo com os princípios do SUS.

O princípio da integralidade que visa atender o indivíduo de forma integral, em sua dimensão físico-biológica vai abranger diversas dimensões como construção que se dá na ação conjunta entre os profissionais de saúde e o processo de trabalho. A humanização do atendimento em saúde é de relevância também, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde pública tem como um de seus papéis principais e fundamentais, a criação de programas de saúde que assegurem o atendimento a população em geral, como é o caso da Equipe de Saúde Bucal que como já citamos no começo do artigo foi inserida no ESF em 2001. A promoção de saúde através de campanhas preventivas necessita de um esforço multiprofissional entre os profissionais de diferentes áreas através de um trabalho sócio-educativo, primeiramente entre os profissionais para lidar com a demanda posta no cotidiano durante a atuação.

Diante do que está regulamentado no SUS, tanto a área de Odontologia como demais áreas da saúde, não se limitam apenas à assistência médico-hospitalar, desdobrando-se em um leque de ações preventivas que devem ser oferecidas a população mediante trabalhos sócio-educativos entre os profissionais da área.

A discussão sobre a postura do acadêmico de odontologia a respeito da atuação em equipe multiprofissional e o princípio da integralidade, tema central deste artigo, mostra a existência de grande vazio de conhecimento por parte do acadêmico ainda dentro da universidade. O acadêmico é lançado, após sua formação, no mercado de trabalho como um profissional meramente mecânico, o que, ao meu ponto de vista, futuramente quando já em atuação irá ferir não só o princípio da integralidade, posto pelo SUS, mais também demais princípios preconizados como a universalidade e a equidade, uma vez que tal sistema – SUS – não visa um atendimento seletivo mais sim igualitário.

Todavia, o que era para ser universalizado ainda não conseguiu atender o cidadão como ele realmente merece, apesar dos avanços desde a

criação do SUS, os princípios deste modelo ainda não foram conquistados como deveriam. As melhorias que dizem respeito ao SUS ficaram restritas em alguns aspectos no campo dos discursos – somente no papel – como, por exemplo, a garantia de atendimentos e ações de saúde conforme a necessidade de cada parcela da população – princípio da equidade.

A questão posta em pauta sobre a postura acadêmica e dos futuros profissionais da área de odontologia, entendida não como a qualificação/habilitação para o desempenho de tarefas específicas, mas, além disso, como oportunidade de refletir/ indagar/ formar opiniões e atitudes sobre a própria concepção de saúde/doença, de trabalho, de serviços de saúde, através da formação de equipes multiprofissionais. Provavelmente essas ações contribuiriam para a atuação desses profissionais numa perspectiva mais ampla e não apenas vinculada aos seus instrumentos específicos de trabalho.

Caberiam também as instituições de ensino – Universidades e Faculdades – aplicar recursos metodológicos com o intuito de minimizar a mecanização do acadêmico/profissional através de uma grade curricular onde o aluno tenha um contato maior com as ciências humanas, tornando-se futuramente um profissional mais humanizado.

Por isso a importância de se trabalhar o processo de humanização precocemente – preventivamente – ainda no interior das Instituições de ensino, evitando os entraves posteriores que comprometem a relação entre usuários e serviços oferecidos, resultante de uma atuação não tanto eficaz.

É necessário que haja um processo de reorganização das práticas e atuações individualistas dentro do campo saúde, que vise à construção de um modelo de atenção do Sistema Único de Saúde, como já foi dito, baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e ainda, um quarto fator, controle social.

Esta não é uma tarefa fácil, e constitui, sem dúvida, um dos maiores desafios, tendo em vista a cultura de um ambiente de trabalho que estimula o conformismo. Criar as bases para uma profunda reforma do sistema de saúde, da consciência sanitária dos profissionais e das formas de atuação individualistas, requer uma ação conjunta não só da área de odontologia especificamente, mais de todo o corpo que compõe o quadro de saúde. Como falar em mudanças de práticas se não se considera os acadêmicos e

profissionais da saúde como sujeitos sociais, na viabilização dessas mudanças?

Por fim, cabe ressaltar como reflexão, a necessidade de uma articulação entre profissionais e sociedade civil organizada, tendo em vista trabalhar as peculiaridades de cada região de maneira que sejam atendidas às necessidades da população em seu âmbito local. Ai é que entra a figura do profissional dentro de uma equipe multiprofissional – Profissional de Odontologia – como é o caso do ESF através da atenção básica. É necessário, portanto, como ressaltamos buscar não só a igualdade dos serviços prestados a população mais principalmente a equidade, ou seja, trabalhar o problema atentando para as suas especificidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Narvai PC; Almeida ES. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Rev. Bras. Epidemiol. 2003; 6(1 Suppl):49-57.
2. Castellanos RA Orientação sobre saúde bucal em um Centro de Saúde. Rev. Saúde Públ. 1977; (11 Suppl): S248-57.
3. Almeida GC, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa de Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad Saúde Públ. 2008.
4. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. Cad Saúde Públ. 2002.
5. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: Desafios Para Avaliar a Implantação de um "Sistema Sem Muros". Cad Saúde Públ 2004; 20(2 Suppl): S331-6.
6. Giovanella L, Lobato L, Carvalho AL, Connil EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde Debate. 2002; (26 Suppl): S37-61.
7. Mattos RA. A integralidade na prática. Cad Saúde Públ. 2004; 20(5 Suppl): S1411-6.
8. Moretti-Pires RO. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
9. Moura FM, Santos MSS. Saúde Bucal: uma Proposta para Formação de Agentes Multiplicadores – Um Estudo de "Caso" para a Cidade Satélite de Paranoá. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Odontologia, Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva. 160 pp, 1994.
10. Cordon J. A construção de uma agenda para a saúde bucal. Cad Saúde Públ 1997, 5(4):342-415,
11. Kwan S, Petersen PE. Evaluation of community based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community D I Health 2004; (21 Suppl): S319-29.
12. Cordon JA, Garrafa V. Prevenção versus preventivismo. Divulgação em Saúde para Debate. 1991; (6 Suppl): S10-16.
13. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2ª ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem; 2002.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

15. Crotty M. The foundations of Social Research – meaning and perspective in the research process. London: Sage Publications; 2003.
16. Morgan D. Focus Group as qualitative research. 2ª Ed. London: Sage Publications; 1997.
17. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
18. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. Cad Saúde Pública 1993, 9:239-262.
19. Berg BL. Qualitative research methods for the social sciences. Long Beach – Califórnia: Ed. Pearson; 2004.
20. Minayo MCS. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
23. Moretti-Pires RO. (Dissertação). A Mercantilização da Saúde: o trabalho de cirurgiões dentistas em um contexto de mudanças - estudo com Cirurgiões Dentistas assalariados do município de Ribeirão Preto (SP). Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto(SP). 2005.
24. Davis K, Newstrom JW. O comportamento humano no trabalho – uma abordagem psicológica. São Paulo: Editora Thomson Pionera, 2005.
25. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. IN: Pessini L. Bertachini L. Organizadores, humanização e cuidados paliativos. São Paulo (SP): Loyola; 2004.p. 12-30.
26. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e Educação em saúde: aprendendo com a saúde coletiva. IN: O Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro; 2006. p.151.
27. Carvalho CL. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, v.13, n 1, p.55-76. 2006.
28. Kermam M, Feuerwerker, L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidade o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competência preciso desenvolver? In: O Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro. 2006; p.183.
29. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. IN: O Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro, 2006. p. 79.
30. Campos FE, Aguiar RAT, BELISÁRIO SA. A formação Superior dos profissionais de saúde. IN: políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2008. p. 1019.
31. Almeida MJ, Maranhão E. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Dede unido; 2003.
32. Evans RW, Stamm JW. Dental fluorosis following downward adjustment of fluoride in drinking water. J Public Health Dent 1991, 51(2):91-8.
33. Cordon J, Garrafa V. Prevenção versus preventivismo. Divulgação em Saúde Para Debate 1991, 6:10-16.
34. Marsiglia, R. M. G.; Silveira, C.; Carneiro Junior, N. Políticas sociais: desigualdades, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde Soc 2005, 14(2):69-76.
35. Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Castel R, Wanderley E, Belfiore W (orgs). Desigualdade e questão social. São Paulo: EDUC, 1997.